

200 23 753 IV
SCP/GET/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Januar 2024

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 26. September 2023



Sachverhalt:

A.

A.a.

Im September 1998 meldete sich der ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) unter Hinweis auf Schmerzen in der linken Schulter, im Rücken, Nacken und im linken Fuss erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1.1 S. 202-207). Mit Verfügung vom 25. Juni 2001 (act. II 26) verneinte die IVB einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 7 %.

A.b.

Nach einer erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug im Februar 2018, in welcher der Versicherte angab, unter "Beeinträchtigungen bei körperlichen Belastungen an Knie, Rücken, Fingern, Rippen" zu leiden (act. II 27.60 S. 2), veranlasste die damals zuständige Invalidenversicherungs-Stelle Freiburg (IVFR) bei der MEDAS C._____ eine bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Begutachtung (Expertise vom 16. Juli 2019 [act. II 27.11]). Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 4. November 2019 (act. II 27.4) verneinte die IVFR einen Leistungsanspruch auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente mit der Begründung, es liege kein Gesundheitsschaden im Rechtssinne vor.

A.c.

Im Dezember 2021 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Beeinträchtigungen im Nacken, Rücken, "Fuss" und in den Schultern erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. IIA] 33). Die infolge Wohnsitzwechsels des Versicherten wieder zuständige IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog Berichte behandelnder Ärzte

bei und veranlasste bei der MEDAS D._____ eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 5. Juli 2023 [act. IIA 75.1 ff.]). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens verneinte die IVB mit Verfügung vom 26. September 2023 (act. IIA 77) einen Leistungsanspruch. In der Begründung hielt sie fest, es liege kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung vor.

B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 27. Oktober 2023 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 26. September 2023 aufzuheben und es sei festzustellen, dass die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung begründen.
2. Eventuell sei die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 26. September 2023 aufzuheben und es sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 22. November 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staats-

anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 26. September 2023 (act. IIA 77). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der IV.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 26. September 2023 (act. IIA 77), womit sie nach dem 1. Januar 2022 erging. Indessen erfolgte die Neuanmeldung im Dezember 2021 (act. IIA 33). Zudem wurde in der angefochtenen Verfügung ein Anspruch auf "IV-Leistungen" generell verneint. Ob allenfalls ein Leistungsanspruch nach IVG auch noch vor dem 1. Januar 2022 entstanden sein konnte, bedarf keiner näheren Betrachtung.

tung. Denn sowohl nach dem alten wie auch dem neuen Recht setzt ein solcher jedenfalls das Vorliegen einer Invalidität oder zumindest einer Arbeitsunfähigkeit voraus, während unter der Geltung des alten und neuen Rechts im Rahmen der Neuanmeldung eine Veränderung erstellt sein muss (vgl. E. 2.3.1 hinten). Damit kann mit Blick auf das Ergebnis offen bleiben, ob das alte und/oder das seit 1. Januar 2022 gültige Recht zur Anwendung gelangt.

2.2 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3

2.3.1 Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Sachverhalt in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juni 2023, 8C_661/2022 [zur Publikation vorgesehen], E. 3.6.2).

Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist insbesondere bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

Für Eingliederungsmassnahmen sowie für andere Dauerleistungen gelten analoge Revisionsvoraussetzungen wie für Renten (BGE 144 V 418 E. 3.4 S. 424; vgl. PETER FORSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG, STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], 2021, Art. 17 N. 35; Ziff. 8113 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die

Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], in Kraft ge-
standen bis 31. Dezember 2021; Ziff. 9001 des Kreisschreibens des BSV
über Hilflosigkeit [KSH], in Kraft seit 1. Januar 2022; Ziff. 7001 des Kreis-
schreibens des BSV über den Assistenzbeitrag [KSAB]).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung
(und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte
und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen ha-
ben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu
beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüg-
lich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren
sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der
Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden
können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV
Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Dezember 2021
(act. IIA 33) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht
zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichs-
zeitpunkte bilden die Verfügung vom 4. November 2019 (act. II 27.4) – mit
welcher die IVFR einen Anspruch auf eine Rente sowie berufliche Mass-
nahmen verneint hatte – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom
26. September 2023 (act. IIA 77; vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 4. November 2019 (act. II 27.4)
stellte die IVFR auf das bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische)
MEDAS C. _____-Gutachten vom 16. Juli 2019 (act. II 27.11) ab (vgl.
act. II 27.8 S. 2). Darin wurden bidisziplinär die folgenden Diagnosen ge-
stellt (act. II 27.11 S. 7 f.):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Keine

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
 - chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
2. Aktenanamnestisch Verdacht auf Spondylarthropathie mit primären Enthesiopathien (ICD-10 M76)
 - gemäss vorliegender Aktenlage weder konventionell radiologisch, MR-mässig noch szintigraphisch Nachweis einer aktiven entzündlichen Manifestation am Achsenskelett
 - gemäss Aktenlage keine objektivierbaren Hinweise für eindeutige periphere entzündliche Veränderungen im Sinne einer chronischen Enthesitis
3. St. n. traumatischer mehrfragmentärer Fraktur Mittelphalanx Basis V linke Hand nach Sturz am 19. Juni 2017 (ICD-10 S62)
 - im Verlauf in guter Stellung ohne Dislokation verheilt

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer beklage verschiedene Beschwerden am ganzen Bewegungsapparat. Fokussiert könne an keiner Stelle des Bewegungsapparates ein gravierender Befund erhoben werden. Aktenanamnestisch sei von einem Verdacht auf Spondylarthropathie mit primären Enthesiopathien geschrieben worden, was allerdings auch keiner eigentlichen oder gravierenden und einschränkenden Erkrankung entspreche. Es sei in der Vergangenheit über entzündliche Veränderungen gemutmasst worden, weshalb der Beschwerdeführer nun auch mit hochpotenten und teuren Biologika behandelt werde, ohne dass objektiv eine entzündliche Grundlage vorhanden sei. Insgesamt müssten die Beschwerden als unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom eingeordnet werden. Aus rheumatologischer Sicht könne daraus keinerlei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Aus psychiatrischer Sicht könnten die Klagen bezüglich Schmerzen zur Kenntnis genommen werden. Eine Komorbidität liege nicht vor. Ein relevanter Befund sei nicht zu erheben. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im engeren Sinne könne diagnostisch nicht festgehalten werden. Aufgrund der subjektiven Angabe von Schmerzen könne gemäss Prüfung der Indikatoren keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden (S. 8). Es beständen wesentliche Inkonsistenzen, indem sämtliche subjektiv angegebenen Limitierungen kein objektivierbares Korrelat sowohl somatisch wie auch psychisch aufwiesen (S. 8 f.). Es bestehe für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 9).

3.3 Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 26. September 2023 präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Vom 1. bis 7. Oktober 2019 war der Beschwerdeführer im Spital E._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 13. Oktober 2019 (act. IIA 28 S. 27-30) wurde im Wesentlichen ein chronisches multifokales Schmerzsyndrom (DD: entzündliches Rheuma vom Typ undifferenzierte Spondylarthropathie, ein schweres Schlafapnoe-Syndrom, eine Neuropathie sowie eine entzündliche oder metabolische Myopathie [unwahrscheinlich aufgrund des Erscheinungsbildes]), diagnostiziert (S. 27). Die Ursache der osteoartikulären und muskulären Beschwerden sei wahrscheinlich gemischt. Eine undifferenzierte Spondylarthropathie könne nicht ausgeschlossen werden. Angesichts des neuropathischen Charakters einiger Beschwerden sei eine Neuropathie der kleinen Fasern möglich. Die neurologische Untersuchung vom 7. Dezember 2018 habe keine Hinweise für eine demyelinisierende Erkrankung, für ein Tarsaltunnelsyndrom oder ein Karpaltunnelsyndrom ergeben. Ebenso hätten sich keine Hinweise auf eine Schädigung der peripheren Nerven ergeben (S. 29).

Im Bericht des Spitals E._____ vom 22. November 2019 (act. IIA 28 S. 21 f.) wurde ein schweres obstruktives Schlafapnoe/Hypopnoe-Syndrom diagnostiziert (S. 21). Die Compliance des Beschwerdeführers sei gut mit einer deutlichen subjektiven Verbesserung der Müdigkeit und Tagesschläfrigkeit (S. 22).

Mit weiterem Bericht des Spitals E._____ vom 3. Januar 2021 (act. IIA 28 S. 13 f.) wurde eine chronische multifokale Schmerzstörung unklarer Ursache mit diversen Differentialdiagnosen festgehalten (S. 13). Insgesamt sei das chronische Schmerzsyndrom immer noch schwer zu verstehen und zu behandeln, und die Differentialdiagnosen könnten durch die bisher durchgeführten zusätzlichen Untersuchungen nicht bestätigt werden. Weitere Untersuchungen hätten nicht durchgeführt werden können, da der Beschwerdeführer nicht mehr in der Sprechstunde erschienen sei. Da er wiederholt nicht an der Nachsorge teilgenommen habe und nicht mitarbeite, habe man ihn nicht erneut einbestellt (S. 14).

3.3.2 Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 23. März 2021 (act. IIA 28 S. 8 f.) die folgenden Diagnosen fest:

- Chronische Schmerzen (DD: arthrogen)
- Neurostatus und elektroneurographische Untersuchungen 12/2018 und 23. März 2021 unauffällig
- Durchschlafstörung

Der Beschwerdeführer sei aufgrund von chronischen Schmerzen an Händen und Füssen zur neurologischen Konsultation zugewiesen worden. In der heutigen klinischen neurologischen Untersuchung habe sich wie bei den neurologischen Untersuchungen vom 7. Dezember 2018 im Neurozentrum ... ein unauffälliger Neurostatus gezeigt. Auch seien heute sämtliche neurographischen Untersuchungen an den Händen und Füssen, so wie damals, unauffällig. Bei Druckschmerzen an den Gelenken könnte eine arthrogene Ursache vermutet werden. Auch hier sei der Beschwerdeführer anamnestisch bereits ausgedehnt untersucht worden. Eventuell könnte auch ein Teil seiner chronischen Schmerzen ein depressives Symptom sein (S. 9).

3.3.3 Im Austrittsbericht des Spitals G. _____ vom 11. April 2022 (act. IIA 50 S. 3-8) wurden betreffend die Hospitalisation vom 23. bis 29. März 2022 im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt (S. 3 f.):

- Symptomatische Supraspinatussehnenruptur nach indirektem Schultertrauma rechts 01/2021
- Rechtsseitig akut exazerbiertes unteres cervikogenes Schmerzsyndrom 01/22
- Diaphysäre Schrägfraktur Metatarsale V links (ED 08/21)
- Chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren
- Mikronoduläre Veränderungen pulmonal a.e. bei durchgemachter Tuberkuloseinfektion

Es sei eine elektive Zuweisung zur stationären multimodalen muskuloskelettalen Komplexbehandlung aufgrund multilokulärer Schmerzen mit aktuell vordergründig Schulterschmerzen erfolgt, bei Versagen der bisherigen ambulanten Therapiemassnahmen. Als somatische Befunde beständen eine Protraktion des Schultergürtels mit eingeschränktem Bewegungsumfang der Schulter rechts, sowie einer Druckdolenz über dem AC-Gelenk und der Supraspinatussehne. Sonographisch und im MRI habe sich eine Teilruptur der Supraspinatussehne gezeigt. Ausserdem liege das Bild einer zentralen

Schmerzsensibilisierung vor mit unerholsamem Schlaf. Zusätzlich sei auch eine psychologische Beurteilung erfolgt, wobei hier von einer depressiven Anpassungsreaktion auf den Schmerz und einer dadurch entstandenen psychosozialen Belastungssituation ausgegangen werde. Eine psychologisch/psychotherapeutische Begleitung im ambulanten Setting sei vom Beschwerdeführer nicht erwünscht (S. 5). Der Verlauf sei erfreulich. Die Schmerzen hätten abgenommen und die Haltung habe verbessert werden können. Insgesamt sei der Beschwerdeführer an einem angepassten Arbeitsplatz mit wechselseitiger Belastung ohne repetitives Heben von mittel-schweren oder schweren Lasten arbeitsfähig (S. 6).

3.3.4 Im polydisziplinären, die Fachrichtungen der Allgemeinen Inneren Medizin, Orthopädie, Pneumologie, Rheumatologie und Psychiatrie umfassenden Gutachten der MEDAS D. _____ vom 5. Juli 2023 (act. IIA 75.1 ff.) wurden folgende "Objektivierbare medizinische Diagnosen" gestellt (act. IIA 75.1 S. 10):

- leichte degenerative Schulterpathologie rechts
 - (keine frozen shoulder)
 - bei Partialruptur der Supraspinatussehne ansatznahe gemäss MRI 25. Januar 2022
 - mit reduzierter Schulterbelastbarkeit rechts
- Leichtes Zervikalsyndrom
 - bei ungünstiger Kopfhaltung und teilweise verspannter Nackenmuskulatur
 - bei nur geringen degenerativen HWS-Veränderungen
- Geringes Lumbalsyndrom
 - bei nur diskreten Facettengelenkarthrosen CR LWS Oktober 2019
- Leichte statische Vorfussbeschwerden beidseits
- Keine entzündlich-rheumatische Diagnose objektivierbar
- Keine arbeitsrelevante allgemein-internistische Diagnose
- Schlafapnoesyndrom unter Behandlung mit einer Protrusionsschiene, kompensiert
- Leichtgradige obstruktive Ventilationsstörung bei
- Zustand nach Inhalationsrauchen (mindestens 20 py)
- Zustand nach Tuberkuloseerkrankung (CT-morphologisch gesichert)
- Malingering (ICD-10 Z76.5)
- Keine psychiatrische Diagnose aus dem F-Kapitel

Das Verhalten des Beschwerdeführers müsse unter dem Aspekt der nichtauthentischen Beschwerde- und Symptompräsentation betrachtet werden. Insbesondere sei auch der Kontext der externen Reize sehr zu

beachten. Demnach erklärten die somatischen Diagnosen den Schweregrad der Schmerzen nicht hinreichend, es lägen aber auch keine erklärenden psychischen Störungen vor. Es seien Inkonsistenzen auch aktuell bezüglich des Schweregrades der Schmerzen und der Therapieaktivitäten feststellbar. In der Gesamtbetrachtung seien die Kriterien eines Malingering erfüllt (S. 10). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit (Führen einer ..., ...-Unternehmer) als auch in einer anderen adaptierten Tätigkeit. Diese Bewertung gelte auch durchgängig retrospektiv (S. 12).

3.4

3.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich

(voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.5 Das polydisziplinäre MEDAS D. _____-Gutachten vom 5. Juli 2023 (act. IIA 75.1 ff.) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Das Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung – welche mit jener der behandelnden Ärzte insbesondere betreffend das weitgehende Fehlen von mit den angegebenen Schmerzen korrelierenden Befunden übereinstimmt (vgl. E. 3.3 vorne) – überzeugend und es lassen sich gestützt darauf sämtliche vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen beantworten. Danach liegen beim Beschwerdeführer leichtgradige somatische gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht einschränken. Insbesondere konnten die vorrangig angegebenen chronischen multilokulären muskuloskelettalen Beschwerden als (mutmassliche) Ursache der Leistungseinschränkung (act. IIA 75.1 S. 7) aufgrund deutlicher und im Sinne eines Malingering beurteilten Verhaltens mit Inkonsistenzen sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt (S. 8) nicht objektiviert werden.

3.6 Der Beschwerdeführer stellt den Beweiswert des MEDAS D. _____-Gutachtens in Frage. Was er vorbringt verfängt jedoch nicht:

3.6.1 In grundsätzlicher Hinsicht ist zunächst darauf hinzuweisen, dass kein medizinischer Bericht vorliegt und der Beschwerdeführer auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren kein Dokument ins Recht reichte, welches sich mit dem MEDAS D. _____-Gutachten auseinandersetzt, geschweige denn medizinische Aspekte benennt, welche in der Expertise allenfalls unberücksichtigt geblieben und geeignet wären, Zweifel an deren Beweiswert zu wecken.

3.6.2 Ferner ist nicht ersichtlich und es wird auch nicht weiter erläutert, inwiefern aus dem pauschal ins Feld geführten Umstand, wonach die Invalidenversicherung an die PMEDA wegen formaler und inhaltlicher Mängel eines Teils deren Expertisen keine medizinischen Gutachten mehr vergibt (Beschwerde S. 9 f.), Rückschlüsse auf den Beweiswert des hier vorliegenden MEDAS D. _____-Gutachtens gezogen werden könnten. Daran

ändert auch der Hinweis in der Beschwerde auf einen Artikel des "Beobachters" vom 14. Oktober 2014 nichts. Abgesehen davon, dass dieser Artikel vor neun Jahren erschienen ist und daraus schon deshalb keine Schlussfolgerungen hinsichtlich der Qualität heutiger Gutachten im Allgemeinen oder in Bezug auf die vorliegende Expertise im Speziellen gezogen werden können, befasst er sich allein mit der Häufigkeit der Gutachtensvergabe an diese Institution. Soweit der Beschwerdeführer daraus implizit auf eine allfällige wirtschaftliche Abhängigkeit und in der Folge Befangenheit der Gutachter der MEDAS D. _____ schliessen sollte, ist festzuhalten, dass nach gefestigter Rechtsprechung der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand führt (BGE 148 V 225 E. 3.5 S. 231, 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227). Entscheidend ist, dass fachlich-inhaltlich eine Weisungsunabhängigkeit der begutachtenden Ärzte besteht (Entscheid des BGer vom 20. Juni 2007, I 885/06, E. 5.1), was vorliegend der Fall war.

3.6.3 Sodann wird nicht weiter substantiiert, welche "relativ neuen Erkenntnisse" in den auf Seite 10 der Beschwerde aufgeführten Berichten der Behandler von den Gutachtern der MEDAS D. _____ nicht berücksichtigt worden sein sollen oder inwieweit diese Erkenntnisse Zweifel an der Administrativexpertise zu wecken vermöchten. In der Tat widersprechen diese Berichte den Ergebnissen der MEDAS D. _____-Gutachter nicht:

3.6.3.1 Was den angeblichen Treppensturz vom 28. August 2021 angeht, so wurde der Beschwerdeführer im Spital G. _____ eingehend untersucht. Gemäss entsprechendem Bericht vom 30. August 2021 (act. IIA 28 S. 3-7) präsentierte sich bei Notfalleintritt ein kardiopulmonal kompensierter Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand ohne offensichtliche äussere Prellmarken oder Verletzungen. Sowohl anamnestisch wie auch klinisch lagen keine Hinweise auf einen Kopfanprall bzw. ein Schädelhirntrauma vor. Abgesehen von einer Schrägfraktur der Metatarsale 5 links fanden sich keine ossären Verletzungen, so namentlich nicht im Bereich der Wirbelsäule, der Schulter links oder des Ellbogen rechts. Die Metatarsalefraktur wurde konservativ mit einer harten Sohle behandelt (S. 4). Der

entsprechende Bericht wurde im MEDAS D. _____-Gutachten berücksichtigt (act. IIA 75.1 S. 6 f.; 75.4 S. 4, 12). Anlässlich der dortigen Untersuchung zeigte sich im Bereich der Sprunggelenke keine Druckdolenz bzw. lediglich eine marginale reduzierte Dorsalextension links bei sonst regulären Funktionswerten. Im Übrigen gab der Beschwerdeführer eine leichte Metatarsalgie beidseits bei breitem Vorfuss an, dies jedoch bei insgesamt flüssigem Gangbild (act. IIA 75.4 S. 7). Mithin resultierten aus dem Treppensturz vom 28. August 2021 keine erheblichen (langdauernden) Beeinträchtigungen.

3.6.3.2 Weiter handelt es sich bei den beschwerdeweise aufgeführten Berichten vom 29. Dezember 2021 (act. IIA 50 S. 13-17) und 9. Februar 2022 (act. IIA 50 S. 9-12) um solche des Spitals G. _____ welche ambulante Konsultationen vom 10. Dezember 2021 bzw. 21. Januar 2022 betreffen. Beide Dokumente wurden im MEDAS D. _____-Gutachten berücksichtigt (act. IIA 75.1 S. 7; 75.3 S. 19; 75.4 S. 4). Aufschlussreicher ist jedoch der Bericht des Spitals G. _____ vom 11. April 2022 (act. IIA 50 S. 3-8), welcher sich auf eine Hospitalisation vom 22. bis 29. März 2022 und demnach auf einen längeren Beobachtungszeitraum als die vorgenannten Berichte bezieht (S. 3). In der Beurteilung wurden als einzige somatische Befunde eine Protraktion des Schultergürtels mit eingeschränktem Bewegungsumfang der Schulter rechts, eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk und der Supraspinatussehne sowie eine Teilruptur der Supraspinatussehne festgehalten (S. 5). Entsprechend erachteten die Behandler des Spitals G. _____ den Beschwerdeführer nach einem als "erfreulich" bezeichneten Verlauf mit Abnahme der Schmerzen an einem angepassten Arbeitsplatz als arbeitsfähig (S. 6), was mit der Einschätzung im ZVMB-Gutachten korreliert. Insoweit in Widerspruch hierzu steht der vorausgegangene und an die Beschwerdegegnerin gerichtete Bericht des Spitals G. _____ vom 29. März 2022 (act. IIA 51 S. 3-7) mit dem Hinweis, die Frage nach dem quantitativen Umfang einer angepassten Tätigkeit könne nicht genau beantwortet werden, und wonach eine allein 20%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt wurde (S. 6). Letzterer Bericht überzeugt deshalb nicht bzw. basiert die darin erfolgte Einschätzung angesichts der bescheidenen Befundlage offensichtlich allein auf den Schmerzschilderungen des Beschwerdeführers, welche zudem nicht weiter plausibilisiert wurden

(BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Im Übrigen ergab die Untersuchung der MEDAS D. _____ im Bereich beider Schultergelenke keine abgrenzbare spezifische Schmerzsymptomatik und die Schulterrotation war beidseits symmetrisch (act. IIA 75.4 S. 7).

3.6.3.3 Was sodann den Bericht des Spitals E. _____ vom "18.11.2022" anbelangt – gemeint wohl: 8. November 2022 (act. IIA 75.9 S. 4 f.) –, so wird darin bei diagnostiziertem schwerem Schlafapnoe/Hypopnoe-Syndrom lediglich auf die sehr gute Verträglichkeit der Unterkieferprotrusionsorthese verwiesen. Auch dieser Bericht fand im ZVMB-Gutachten Erwähnung (act. IIA 75.2 S. 34 f.). Entscheidend ist aber allemal, dass die Schlafapnoeproblematik der MEDAS D. _____ pneumologisch untersucht wurde und der Teilgutachter zum Schluss gelangte, dass auf pneumologisch-schlafmedizinischem Gebiet keine relevanten Einschränkungen beständen (act. IIA 75.6 S. 11). Diese Schlussfolgerung widerspricht dem Bericht des Spitals E. _____ vom 8. November 2022 nicht, zumal darin keine Angaben zur Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit enthalten sind.

3.6.4 Ebenso wenig verfängt die (pauschal gehaltene) Kritik am psychiatrischen Teilgutachten (act. IIA 75.3; Beschwerde S. 10). Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers wurde darin ausführlich zur Frage einer "Schmerzverarbeitungsstörung" Stellung genommen (S. 14 f.) und deren Vorliegen unter Hinweis auf eine nicht authentische Beschwerde- und Symptompräsentation (S. 15) bei gleichzeitigem Fehlen von psychopathologischen Befunden (S. 11 f., 20) verworfen. Die in der Folge gestellte Diagnose eines Malingering (S. 20) bzw. einer Simulation wird unter Hinweis auf den aktenmässig reich dokumentierten Längsschnitt- sowie Querschnittverlauf ausführlich begründet (S. 14 ff.) und überzeugt.

Wie in E. 3.6.3.2 vorne gezeigt, wurde seitens der Behandler im Insepsital die Arbeits- und Leistungsfähigkeit widersprüchlich begründet. Ungeachtet dessen kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Berichte des Spitals G. _____, in welchen eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen

Faktoren diagnostiziert wurde (act. IIA 50 S. 3 ff.; 51 S. 3-7), wurden nicht von Ärzten mit dem Fachtitel der Psychiatrie und Psychotherapie verfasst. Es fehlt entsprechend eine fachärztlich systematische Erhebung des psychiatrischen Befundes und eine Codierung anhand eines anerkannten Klassifikationssystems. In der Folge kommt auch den Angaben, wonach eine depressive Anpassungsreaktion auf den Schmerz festgestellt worden sei (act. IIA 50 S. 5), in beweismässiger Hinsicht keine massgebende Bedeutung zu, abgesehen davon, dass entgegen dem Beschwerdeführer (Beschwerde S. 10) effektiv keine Depression diagnostiziert wurde. Im Gegensatz dazu erfolgte in der MEDAS D. _____ eine sorgfältige psychiatrische Befunderhebung, welche bland ausfiel; insbesondere war die Affektivität unauffällig (act. IIA 75.3 S. 12). Ebenso erfolgte eine nachvollziehbare Herleitung der Diagnosen respektive – wie eingangs dargelegt – eine schlüssige Begründung dafür, dass keine psychiatrische Diagnose gemäss ICD-10 (Kapitel F) gestellt werden kann (S. 20). Namentlich wurden die vom Beschwerdeführer angegebenen Funktionseinschränkungen einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung unterzogen und gefolgert, dass – bei guter Ressourcenlage mit einem stabilen psychosozialen Umfeld (S. 21) – (auch) keine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Dies korreliert letztlich auch mit der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers (S. 20), zumal er bislang in keiner psychiatrischen Behandlung war und keine Psychopharmaka, so namentlich auch keine Antidepressiva, einnahm (S. 10).

Schliesslich ist zu betonen, dass im ABI-Gutachten vom 16. Juli 2019 zwar eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert wurde (act. II 27.11 S. 8). Indessen wiesen die Gutachter bereits damals auf wesentliche Inkonsistenzen hin, indem sämtlichen subjektiv angegebenen Limitierungen sowohl somatisch wie auch psychisch kein objektivierbares Korrelat zugrunde lag (S. 8 f.). In der Folge attestierten sie denn auch keine Arbeits- und Leistungsunfähigkeit (S. 9).

3.6.5 Was sodann die Kritik am orthopädischen Teilgutachten (act. IIA 75.4) und die angebliche Nichtberücksichtigung der Schulterbeschwerden anbelangt, kann zunächst auf das in E. 3.6.3.2 vorne Gesagte verwiesen werden. Was die frozen shoulder anbelangt, so wurde im Inselspital ledig-

lich eine Verdachtsdiagnose gestellt (act. IIA 50 S. 13), womit diese demnach nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt zu qualifizieren ist (vgl. Entscheid des BGer vom 27. März 2020, 8C_113/2020, E. 8.2.2.1). Im Bericht vom 11. April 2022 findet sich die Verdachtsdiagnose sodann nicht mehr (act. IIA 50 S. 3). Darüber hinaus wurde die Diagnose im ZVMB-Gutachten überzeugend verworfen, indem die Experten festhielten, aus orthopädischer Sicht könne zwar ausweislich des MRI der rechten Schulter vom 25. Januar 2022 eine leichte degenerative Schulterpathologie festgestellt werden (partielle Ruptur der Supraspinatussehne rechts ansatznahe, keine komplette Ruptur), jedoch bestehe keine frozen shoulder (act. IIA 75.1 S. 8), was angesichts einer allein als leicht reduzierten Schulterbeweglichkeit bei ansonsten ordentlicher Funktionalität (S. 8, 13) überzeugt. Sodann bemerkte auch der orthopädische Teilgutachter im Rahmen der Verhaltensbeobachtung eine deutliche Diskrepanz im Ausdrucksverhalten zwischen ausserhalb und innerhalb der Untersuchungssituation (act. IIA 75.4 S. 6) und bezeichnete die "dauerhaft hochskalierten Schmerzen in ihrer pathophysiologischen Ursache aus orthopädischer Sicht [als] nicht erklärbar" (S. 13). Was das Fehlen organischer Befunde betrifft, deckt sich diese Einschätzung weitgehend mit jener der behandelnden Ärzte des Spitals E. _____ (act. IIA 28 S. 14).

Hinsichtlich der aktenmässig dokumentierten Osteopenie ergeben sich sodann keine Anhaltspunkte, dass sich diese auf das funktionelle Leistungsvermögen auswirkt. Im Bericht des Spitals G. _____ vom 27. Juli 2022 (act. IIA 75.9 S. 7 f.) wurde denn auch festgehalten, dass sich keine morphometrischen Frakturen an der Lenden- und Brustwirbelsäule finden liessen. Ebenso beständen keine Hinweise für eine sekundäre Ursache der Osteopenie (S. 7).

3.6.6 Im Weiteren wurde im (ebenso allein pauschal) kritisierten rheumatologischen Teilgutachten (act. IIA 75.8) das Vorliegen einer möglichen Spondylarthropathie ausführlich diskutiert und überzeugend verneint (S. 11), was auch mit den übrigen Akten übereinstimmt. Entgegen der Beschwerde (S. 11) wurde diese Diagnose im Bericht des Spitals E. _____ vom 8. November 2022 (act. IIA 75.9 S. 4 f.) denn auch nicht "bestätigt", sondern einzig ohne nähere Diskussion aufgelistet. Dass auch die Ärzte

des Spitals E. _____ keineswegs von einer gesicherten Diagnose ausgingen, folgt aus dem Austrittsbericht vom 13. Oktober 2019, worin das Vorliegen einer indifferenten Spondylarthropathie lediglich als nicht ausgeschlossen beurteilt wurde (act. IIA 28 S. 29). Nichts wesentlich Anderes folgt aus dem ABI-Gutachten vom 16. Juli 2019 (act. II 27.11 S. 8). Ebenso fehlt die Diagnose in den aktuellen Berichten des Spitals G. _____, wobei darin eine humorale Entzündungsaktivität ausgeschlossen wurde (act. IIA 50 S. 13).

3.7 Soweit der Beschwerdeführer deshalb gestützt auf die von ihm bemängelten Punkte folgert, die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei "aktenwidrig, unrichtig und unvollständig" (Beschwerde S. 11), trifft dies nicht zu. Ebenso wenig ist die polydisziplinäre Beurteilung für sich genommen zu beanstanden (vgl. E. 3.5 vorne). Der Beschwerdeführer zeigt keine Aspekte auf und es ergeben sich keine konkreten Indizien (vgl. E. 3.4.2 vorne), welche den Beweiswert des MEDAS D. _____-Gutachtens vom 5. Juli 2023 zu schmälern vermöchten. Der eventualiter beantragten Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks Neuurteilung des medizinischen Sachverhalts bedarf es demnach nicht.

3.8 Gestützt auf das MEDAS D. _____-Gutachten liegt somit wie bereits anlässlich der referenziellen Verfügung vom 4. November 2019 (vgl. E. 3.1 vorne) für den gesamten Beurteilungszeitraum eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor (act. IIA 75.1 S. 12 f.), womit es (auch) an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt. Nachdem eine Änderung des Sachverhalts in erwerblicher Hinsicht nicht zur Debatte steht – der Beschwerdeführer war bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 4. November 2019 nicht mehr arbeitstätig (act. II 27.5 S. 2; 27.11 S. 7), woran sich zwischenzeitlich nichts geändert hat (act. IIA 75.3 S. 9) – ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes (vgl. E. 2.3.2 vorne) nicht erstellt und die Beschwerde folglich abzuweisen (vgl. E. 2.3.1 vorne). Daran ändert insbesondere auch die seit der letzten Verfügung neu hinzugekommene leichte degenerative Schulterpathologie bei Partialruptur der Supraspinatussehne nichts (act. IIA 75.1 S. 10), hat sich dadurch doch die Arbeitsfähigkeit nicht quantitativ, sondern bloss insoweit verändert, als aus orthopädischer Sicht eine leicht reduzierte Schulterbelastbarkeit zu beachten ist (act. IIA 75.4 S.

16). Dies vermag in Anbetracht des Umstandes, dass der Beschwerdeführer bereits seit dem im Jahre 1989 erlittenen Schultertrauma (vgl. act. II 1.1/158 ff.) fortwährend eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit bzw. Beschwerden im Schultergürtel beklagt (vgl. act. IIA 27.11 S. 19; 50 S. 7), keine wesentliche Veränderung des Sachverhalts zu begründen.

3.9 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 26. September 2023 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

4.2 Nach Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin bzw. öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 104 Abs. 3 VRPG; BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.